

Psiquiatría pública en el área de salud: objetivos y programas (*)

M. DESVIAT (**) y A. FERNANDEZ LIRIA (***)

0. PROPOSITO

Hemos seleccionado cuatro grandes programas de los *Servicios de Salud Mental-Hospital Psiquiátrico de Leganés*: urgencias, hospitalización breve, atención ambulatoria y desinstitucionalización como exponentes de un plan de actuación pública iniciado hace tres años en la zona sur de la Comunidad Autónoma de Madrid. Es nuestro propósito una evaluación crítica y comparada con otras experiencias europeas y norteamericanas, sobre todo en aquellos temas hoy a debate en todo el mundo: eficacia y eficiencia de la atención ambulatoria-“versus” hospitalización, hospitalización breve y desinstitucionalización, creación de estructuras intermedias, “versus” hospital psiquiátrico.

1. PUNTOS DE PARTIDA

Cuando en diciembre de 1985 realizamos el diseño de reforma de los hospitales psiquiátricos de Leganés, elaborando un plan de cuatro años que afec-

taba a la cobertura de salud mental en la zona metropolitana sur de la Comunidad de Madrid, inscribiéndonos en la corriente desinstitucionalizadora —valga la expresión, sin duda, bárbara y ambigua— y de psiquiatría comunitaria, unos pocos principios fundamentaron nuestros objetivos y programas: la necesidad de integrar la psiquiatría en la sanidad general, la conceptualización del ordenamiento sanitario como un servicio público integrado y demarcado en áreas de salud [acorde a los principios de universalidad, descentralización y equidad de un Sistema Nacional de Salud (2, 3)], la obsolescencia del hospital psiquiátrico y la importancia de la nueva cronicidad, la medicina comunitaria y la salud pública —cobertura a toda la población, atención prioritaria a los grupos en riesgo, continuidad de los cuidados...—, gestión por objetivos, trabajo por programas evaluables y necesidad de investigación clínica y epistemológica. Sabíamos de los problemas de la desinstitucionalización, del relativo fracaso de las experiencias de cambio en otras regiones y países: el abandono de los pacientes externalizados (4), el fenómeno de la “puerta giratoria”, la persistencia de un núcleo irreductible, *hard core*, y el crecimiento de una nueva cronicidad ambulatoria sobre todo de los *jóvenes adultos crónicos* (5, 6, 7). Sabíamos que la desinstitucionalización no era una solución milagrosa

(*) Ponencia presentada en el Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Granada, 29 de marzo a 1 de abril de 1989.

(**) Director de los Servicios de Salud Mental. Hospital Psiquiátrico de Leganés.

(***) Coordinador de programas de los Servicios de Salud Mental. Hospital Psiquiátrico de Leganés.

al problema de la cronicidad en psiquiatría y que el cierre del manicomio simplemente resituaba la patología psiquiátrica (8, 9, 10, 11). Sabíamos también de las dificultades técnicas, verdadero límite, *obstáculo epistemológico* de unas nuevas formas de atención, junto con la descoordinación y solapamiento de los diversos equipos ambulatorios y hospitalarios y de la falta de prestaciones sociales, en un entorno suburbano proletario, de rápido crecimiento demográfico con altas tasas de paro y escasos equipamientos socio-culturales.

Dificultades que agrupamos, al inicio, en:

1.º Falta de planificación: no adecuación de los recursos a las necesidades; deficiencias en la asignación y ausencia de integración de los recursos. Ausencia de sistemas de información y de evaluación.

2.º Insuficiencia de recursos en las actividades comunitarias: la salida de pacientes no se acompañaba de transferencias de fondos: la disminución de camas hospitalarias se acompañaba, paradójicamente, de un aumento del presupuesto hospitalario, consolidando la hegemonía del hospital psiquiátrico.

3.º Ausencia de objetivos y programas evaluables: asistenciales, formativos, de investigación y de gestión.

4.º Confusión entre prestaciones sociales y sanitarias: ausencia de estructuras intermedias y actividades conjuntas.

5.º Resistencias gremiales y sindicales: miedo a la pérdida de empleo, cambio de rol, etcétera.

2. LINEAS GENERALES Y GRANDES OBJETIVOS DEL PLAN DE REFORMA (1986-1990)

Se inicia la creación de una red única de prestaciones de salud mental —reconvirtiendo los recursos existentes—,

que actúa a segundo nivel, especializado, dando apoyo a la atención primaria y a los servicios sociales e interconsulta al resto de especialidades, estructurada en programas (con informatización del movimiento asistencial), que desplaza el centro de gravedad del hospital a la atención ambulatoria, reconvirtiendo los recursos humanos y materiales hospitalarios en estructuras capaces de afrontar no sólo la externalización de los pacientes asilados, sino, sobre todo, la nueva cronicidad.

Objetivos

1.º Delimitación de un área de cobertura: las áreas sur de Madrid: cerca de un millón de habitantes para las urgencias y hospitalización (inicio, 1 de enero de 1986); delimitación, a través del Servicio de Salud Mental de la CAM, de la atención ambulatoria en seis distritos sanitarios, constituyendo centros de salud mental en cada uno de ellos.

2.º Integración de todos los recursos de salud mental dependientes de distintas administraciones (estatales, regionales, municipales) a través de convenios o acuerdos (se completa entre 1986 y primeros meses de 1987).

3.º Cobertura de las urgencias y hospitalizaciones psiquiátricas de la zona sur de Madrid (un millón de habitantes), en uno de los dos hospitales psiquiátricos, con 30 camas hasta 1980 y 40 en la actualidad.

4.º Cierre de uno de los hospitales psiquiátricos de Leganés, el viejo manicomio de Santa Isabel, creando una serie de estructuras intermedias: centro de día (abierto en 1987), pisos protegidos (1987), piso de transición (1987), talleres ocupacionales y centro agrícola (1988), unidad de rehabilitación con 40 camas (1986) y una residencia asistida (90 plazas para incapacitados físicos y psíquicos, prevista su apertura para 1990).

5.º Interconsulta desde los ambulatorios al hospital general del área, abierto en 1987. Traslado de la unidad de hospitalización a los hospitales generales de Leganés, Getafe y Móstoles (1990).

6.º Ampliación de la actividad docente (se duplica el número de psiquiatras en formación), destinada a todos los estamentos e inicio de tareas investigadoras centradas en la actividad asistencial.

7.º Gestión unificada para toda la red de prestaciones.

Los programas asistenciales

Cada actividad de los servicios se enmarca a la vez en un *programa transversal* que ordena las actuaciones según la modalidad de atención que se trata de prestar: evaluación, atención ambulatoria, atención domiciliaria, hospitalización breve, rehabilitación, urgencias, apoyo a servicios sociales, interconsulta y un *programa longitudinal* que particulariza la actuación terapéutica para un grupo de riesgo (infanto-juvenil, tercera edad, drogodependientes,

cronicidad asilar...) (ver cuadros) que garantizan la continuidad de cuidados y una *discriminación positiva* (programa de evaluación) dentro de la universalidad gratuita de cuidados psiquiátricos legislada por la Comunidad Autónoma de Madrid.

Atención ambulatoria.—Primera elección terapéutica. El resto de los programas sirven de complemento, generalmente de forma coyuntural y recortada en el tiempo. En las unidades de hospitalización y estructuras intermedias no hay consultas externas. En el distrito de Leganés (167.748 habitantes), el centro de salud mental, único referente público, con una plantilla (ver cuadro) que supone 4,9 psiquiatras y 3,3 psicólogos por cada cien mil habitantes (se comparan estas cifras con 33 países en figura 1, se ha tenido contacto durante 1988 con 3.301 pacientes, de los cuales 1.654 eran casos nuevos, produciendo 16.759 actos asistenciales (sólo siete pacientes han contactado con urgencias u hospitalización sin relacionarse con el CSM). En el siguiente cuadro pueden verse las cifras de prevalencia comparadas con otros registros acumulativos.

	España	Reino Unido		U.S.A.	
	Leganés	Salford	Camberwell	De Facto	Monroe Country
Prevalencia anual (niveles 4+5)	19,68	14,6	20,1	29,0	27,0
Incidencia administra. (niveles 4+5) ...	9,86	9,0	12,5	—	10,0

Se puede apreciar que tanto las tasas de prevalencia como las de incidencia se encuentran en el rango de las cifras proporcionadas por los registros del Reino Unido (con un modelo sanitario que introduce, como en la zona sur de Madrid, el filtro de la atención primaria para el acceso a los servicios especializados de salud mental) y, como las de este país, por debajo de las de Estados Unidos de América. Pero mientras las

cifras globales son semejantes, su distribución entre el nivel 4 —tratamientos ambulatorios— y 5 —hospitalización— (12) es muy diferente, pues el número de hospitalizaciones está por debajo de las proporcionadas por el Reino Unido y es 10 veces menor que las estadounidenses.

En relación a la modalidad de atención, la más frecuente es psicoterapia+farmacoterapia, representando el

62,05 % de la actividad asistencial. En términos generales, el 80,10 % de los actos asistenciales (10.909) incluye alguna forma de psicoterapia reglada y el 66,20 % (9.016) prescripción o control de algún psicofármaco.

La distribución por diagnósticos se recoge en los cuadros, predominando los trastornos neuróticos (43,42 %).

La asunción de toda la demanda y la contención de la lista de espera a 15 días para la evaluación y ninguno para la atención urgente, sin aumento significativo del personal, ha supuesto la necesidad de diversificar los modelos de atención, actuar sobre la cronicidad ambulatoria con controles de atención domiciliaria, la investigación sobre las indicaciones terapéuticas, grupos e intervenciones en crisis y sobre la actuación de la atención primaria y las urgencias de puerta del hospital general.

Urgencias - hospitalización breve

La hospitalización de los servicios de Leganés está constituida por 40 camas para atender la demanda de una zona de 890.101 habitantes según censo (cerca de un millón, de hecho) y dos edificios situados en un hospital cercano (antiguo manicomio) donde se ubican una unidad de rehabilitación, unidad de alojamiento y cuidados de enfermería para pacientes inscritos en los programas de rehabilitación (donde se han atendido, durante 1988, 51 pacientes, 14 de los cuales eran nuevos, y se han dado 23 altas) y, por último, una unidad residencial, de larga estancia, donde no está autorizado ningún ingreso nuevo desde el inicio del plan de reforma (1986).

Las 40 camas destinadas a hospitalización representan 0,047 camas por mil habitantes. Hay que señalar que por sus características demográficas, la zona, de rápido crecimiento, es muy joven —el 42 % es menor de 18 años—, disminuyendo los grupos de edad en

riesgo de ingreso (la tasa de casos por mil personas en riesgo es de 0,081), lo que sigue estando muy por debajo de la de otros países (ver figura y cuadro).

A la hora de diseñar los dispositivos de la zona optamos por un número restringido de camas, intencionalmente, con el objetivo de hacer recaer sobre los recursos ambulatorios el peso de la asistencia (facultándoles para que pudieran realizar ingresos sin posibilidad alguna de interferencias por los servicios de urgencia o de hospitalización). Aventuramos la hipótesis de que el alto número de camas existente en otros países (ver figura) era más un residuo de un modelo periclitado que un recurso necesario para la atención comunitaria. Los resultados de estos tres años nos permiten mantener tal hipótesis.

El primer instrumento para conseguir este objetivo fue establecer un sofisticado sistema de coordinación entre los Centros de Salud Mental y la Unidad de Hospitalización Breve (10), que ha permitido situar a la hospitalización como una indicación excepcional en el marco de un tratamiento global, sin romper la continuidad de los cuidados.

En segundo lugar se planteó como objetivo intermedio el procurar una estancia media de 15 días, cambiando las formas de actuación del equipo de la unidad de los conceptos de comunidad terapéutica a los de intervención en crisis. Verificando la hipótesis en una investigación realizada el año pasado (13), comparando el número de ingresos y reingresos del año anterior al cambio de orientación (1985) y del primero de la reforma (1986), donde se objetiva que la reducción de 30,65 días a 15,6 días de la estancia media, se acompaña de una reducción del número de reingresos de 0,42 a 0,13 por paciente, es decir, a una tercera parte al disminuir la estancia a la mitad, no a su aumento como los detractores del proyecto pronosticaban. Por otra parte, el hecho de que las es-

tancias medias de los pacientes que tuvieron en el período de observación su primer contacto con los servicios de hospitalización están por debajo de la media 9,26 días, nos indica que las estancias medias más largas las ocasionan los pacientes antiguos en sus reingresos, lo que nos llevó a intentar mejorar la atención a la cronicidad en el medio ambulatorio (en el año 1987, con una asunción de toda la zona legitimada por el ordenamiento de urgencias e ingresos psiquiátricos de Madrid, la estancia media fue de 16,965 días y el porcentaje de ocupación en 93,1, lo que nos llevó a incrementar en 10 camas la unidad).

En 1988 se han producido 1.740 urgencias y 612 ingresos (0,68 ingresos —0,35 era nuevos ingresos— y 1,85 urgencias por cada mil habitantes) (ver cuadro). Estabilizándose el número de ingresos (0,71 % en 1987 y 0,68 % en 1988) —al igual que ha sucedido con las consultas ambulatorias— y aumentando ligeramente la tasa de urgencias (de 1,70 % a 1,95 %) *.

La estancia media ha sido de 18,13 días (1,17 mayor que en 1987). La ocupación se ha mantenido en límites adecuados 75,78 %, aunque en tres ocasiones se han alcanzado picos de ocupación que han obligado a agilizar el paso de pacientes a estructuras intermedias, sin llegar nunca a rechazar un ingreso. El 73,7 % de los ingresos han

sido voluntarios, 25,8 % facultativos (contra la voluntad del paciente con autorización judicial) y el 0,49 % penales. El 42,3 % han sido nuevos ingresos. El 87,8 % de las altas han sido por mejoría. Ha habido dos altas por defunción y una por suicidio.

En la distribución por diagnósticos (ver cuadro), predominan las psicosis funcionales (37,70 % de las urgencias y 58,70 % de los ingresos), seguidas de los trastornos de la personalidad (10,92 % de las urgencias y 9,64 % de los ingresos). Los trastornos neuróticos, aunque suponen el 17,81 % de las urgencias, sólo ocasionan 9,15 % de los ingresos. Las drogodependencias representan el 13,10 % de las urgencias y el 8,52 % de los ingresos, con un fuerte predominio de los varones.

Al contrario que en la atención ambulatoria, acuden moderadamente más varones que mujeres a la urgencia (51,49 %) y son más frecuentemente ingresados (55,06 %).

La distribución por tramos de edad se refleja en la figura, guardando estrecha relación con la distribución de la población general.

Desinstitucionalización

Los programas de rehabilitación y desinstitucionalización han centrado buena parte de los esfuerzos de gestión y actividad terapéutica desde el inicio del proyecto de reforma, en cuanto que los consideramos condición de posibilidad para el conjunto del plan. Están en funcionamiento dos programas complementarios: uno destinado a la desinstitucionalización de los pacientes ingresados en el hospital psiquiátrico, buscando su externalización y posterior reinserción social, y otro de rehabilitación de pacientes que aun viviendo en la comunidad mantienen un bajo nivel de autonomía y dificultades de inserción social. El principio básico que ha informado sus acciones ha sido el de normativizar al máximo, procurando usar

(*) Dado que el aumento del número de urgencias ha sido mayor en los distritos que han mejorado la inserción de sus recursos en la red (Alcorcón con un 63,12 % de un aumento y Fuenlabrada con un 24,47 %) y el menor en los que tenían una tasa más alta (Parla 6,96 % y Leganés 12 %) hay que pensar que el número de urgencias seguirá aumentando en la medida en que la red de atención en esta modalidad sea más conocida por la población y por los agentes de salud. Por otra parte, hay que considerar que, dada la peculiar estructura de la pirámide de edad de la zona, probablemente cuando la segunda generación alcance la edad de máximo riesgo de ingreso y la primera llegue a la tercera edad, habrá un importante crecimiento de las tasas de urgencias y de ingresos.

los recursos propios de la comunidad, de cada zona, y evitando crear, en lo posible, dispositivos específicos o la habilitación de ayudas especiales. En aquellos que hemos creado reconvirtiendo recursos manicomiales o presupuesto hospitalario (camas de rehabilitación, centro de día, talleres ocupacionales, piso de transición, pisos protegidos) se ha intentado que su diseño recoja no sólo la necesidad de externalizar a unos, ya pocos, pacientes asilados, sino a la nueva cronicidad ambulatoria. O a la cronicidad incapacitante general, no específicamente psiquiátrica o ex psiquiátrica (una residencia asistida que está en fase de construcción, destinada a acoger al *núcleo duro*, asilados irreductibles al proceso de desinstitucionalización —en su mayoría inválidos sin patología psiquiátrica— servirá, además, para garantizar el volumen empleo al cierre del manicomio, se completa con un programa de alojamientos (pensiones, hogares, centros protegidos) para débiles mentales, realizado con ayuda municipal y del INSERSO. Pues en estas actuaciones apostamos por unos programas que utilizan dispositivos flexibles, que eviten la cronicación de las nuevas estructuras asistenciales, estrechamente en contacto —a ser posible en común— con los recursos sociales de los municipios y otros servicios sociocomunitarios: educación, Inem, agricultura, etcétera. La experiencia de esa transinstitucionalización —mante-

nemos el seguimiento con interconsulta con las dependencias sociales de tercera edad— no señalan la pérdida de calidad de vida que refleja la literatura norteamericana, dadas las mejores condiciones hoteleras que suelen tener estos lugares en relación con los manicomios. En nuestra experiencia, en estos lugares más normativizados, los pacientes pierden el aspecto de asilares, recuperan rápidamente hábitos perdidos y sobre todo, aunque se fueron a regañadientes y temerosos, no quieren volver de ninguna forma.

Conclusiones

A tres años de funcionamiento hemos pasado de una estructura hospitalaria y ambulatoria, a una red integrada de prestaciones de salud mental que cubre de forma universal y gratuita a una población de cerca de un millón de habitantes, sin lista de espera ni colapso de camas, que además está muy por debajo de la media mundial en la utilización de la hospitalización. En Leganés y en la zona sur de Madrid, desde conceptualizaciones de PSIQUIATRÍA PÚBLICA, y en el marco de la política de salud mental de la CAM, ha sido posible verificar formas de atención comunitaria y de salud pública, instrumentando en el empeño las diferentes orientaciones y escuelas psiquiátricas.

Dispositivos y programas área 10 (Leganés/Fuenlabrada)

DISPOSITIVOS SANITARIOS

CENTRO
SALUD
MENTAL

(1 por
distrito)

PROGRAMAS TRANSVERSALES

- Evaluación
- Atención ambulatoria
- Atención domiciliaria
- Apoyo atención primaria
- Apoyo servicios sociales
- Interconsulta hospitalaria
- Rehabilitación y reinserción
- Hospitalización parcial

- Urgencias
- Hospitalización breve

U.H.B.

DISPOSITIVOS INTERMEDIOS

CENTRO
DE
DIA

PISO
TRANSICIÓN

UNIDAD DE
REHABILITACION
(Residencia programada)

DISPOSITIVOS SOCIALES

PISOS
PROTEGIDOS

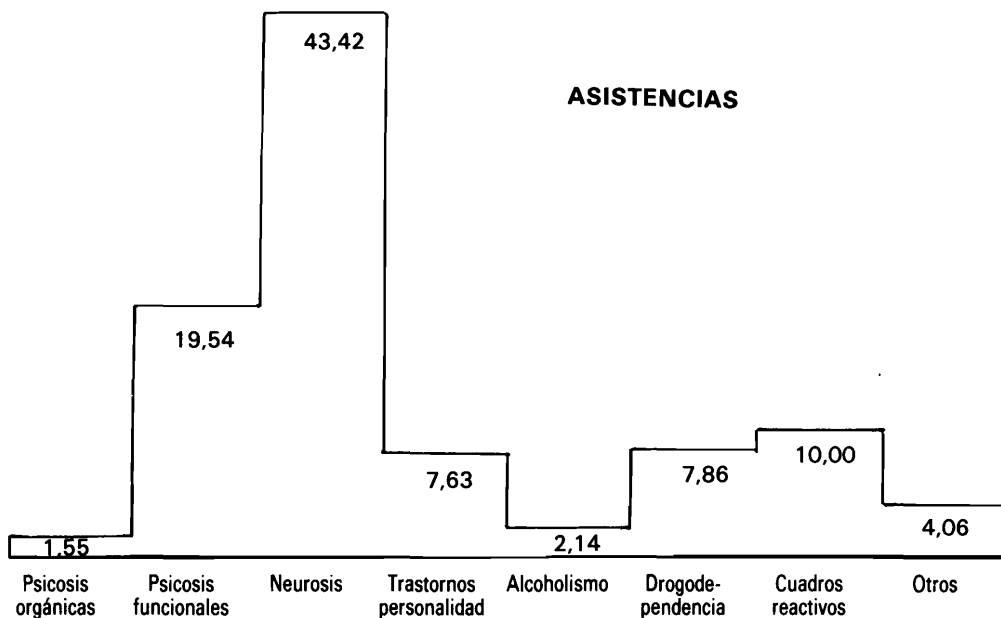
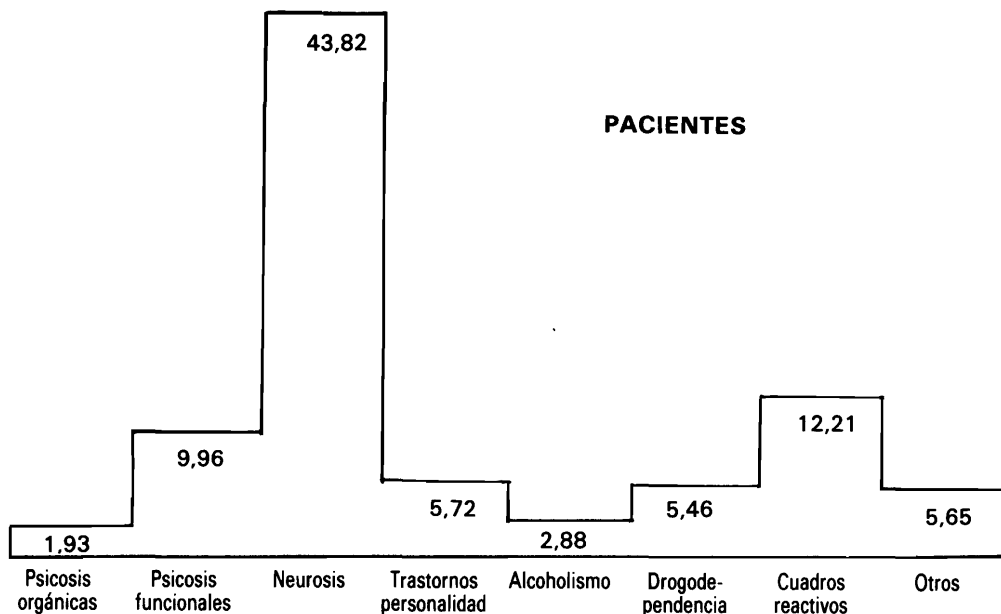
U.L.E.
(Residencia asistida)

TALLERES
OCUPACIONALES

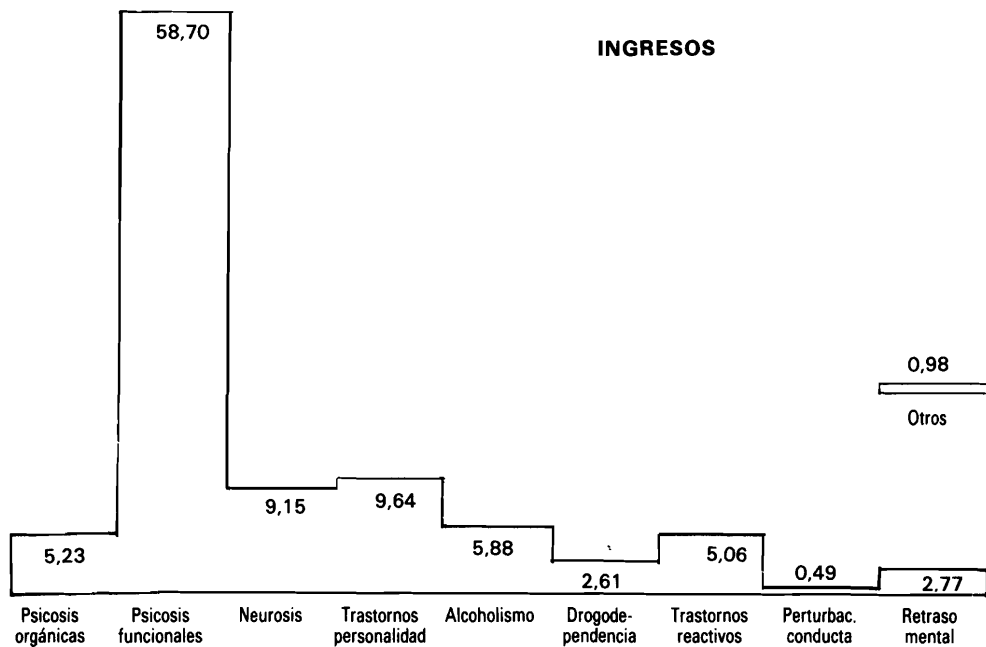
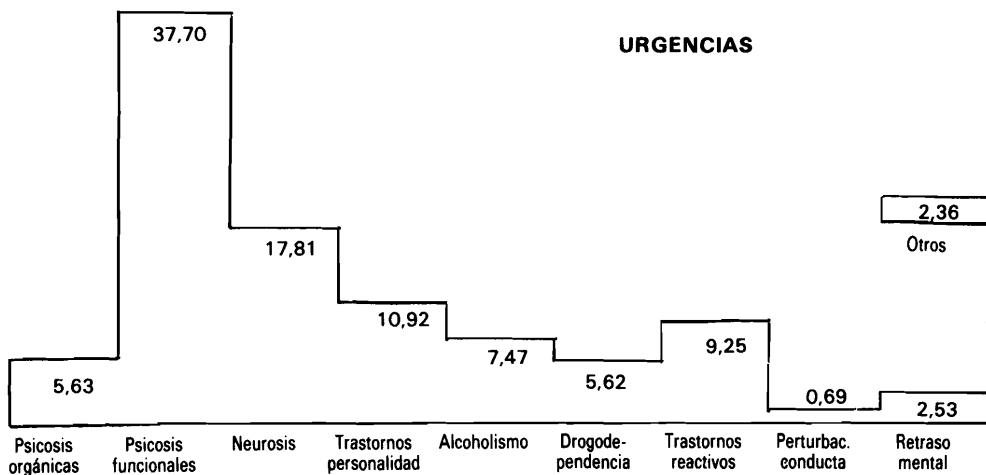
CENTRO
AGRICOLA

- Gerontopsiquiátrico
- Adultos
- Infanto-juvenil
- Drogodependencias
- Desinstitucionalización

PROGRAMAS LONGITUDINALES



Pacientes atendidos y asistencias prestadas, divididas porcentualmente por diagnósticos por el equipo de adultos del C.S.M. de Leganés



Distribución porcentual de las urgencias e ingresos en la U.H.B. en 1988

Figura 1

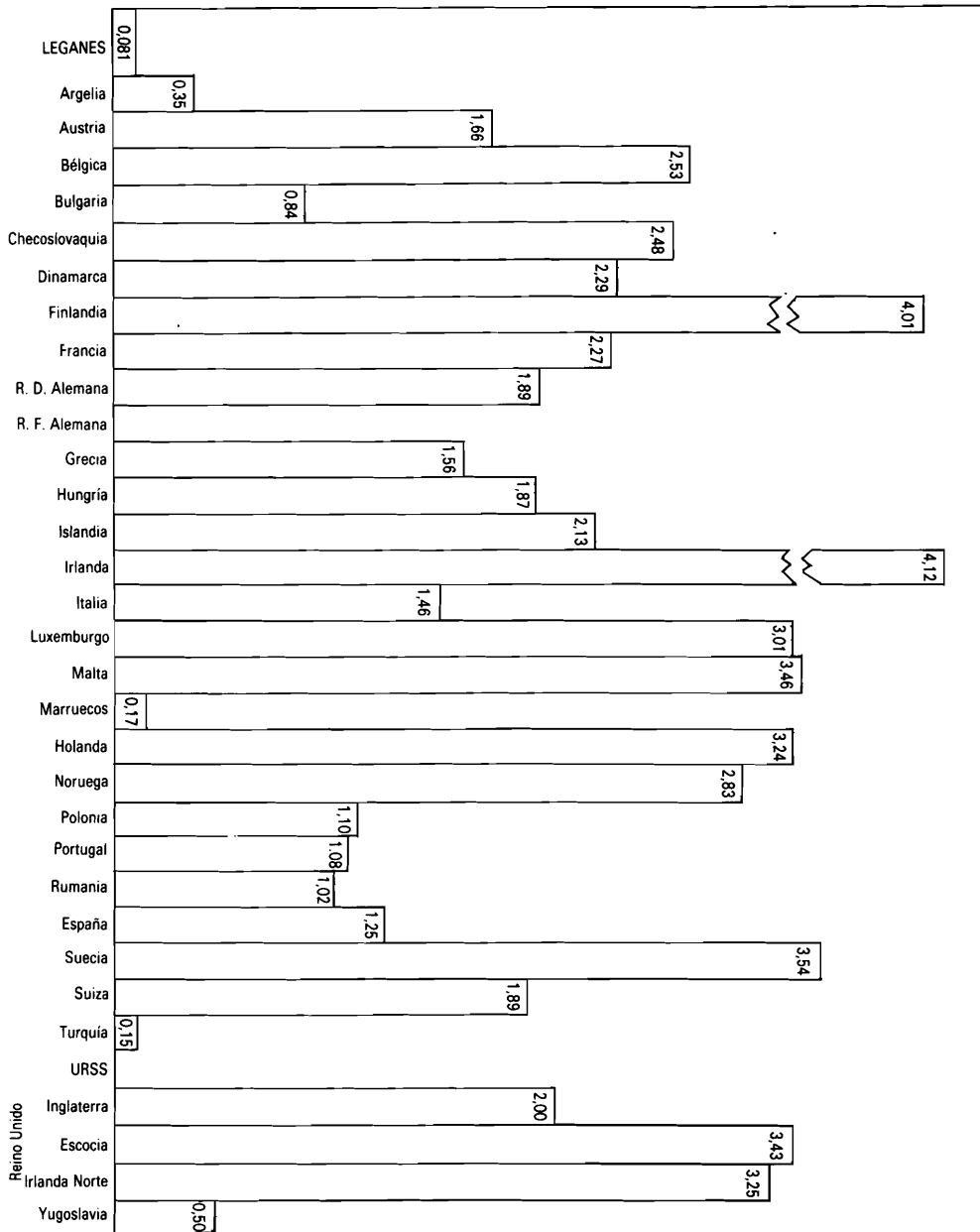
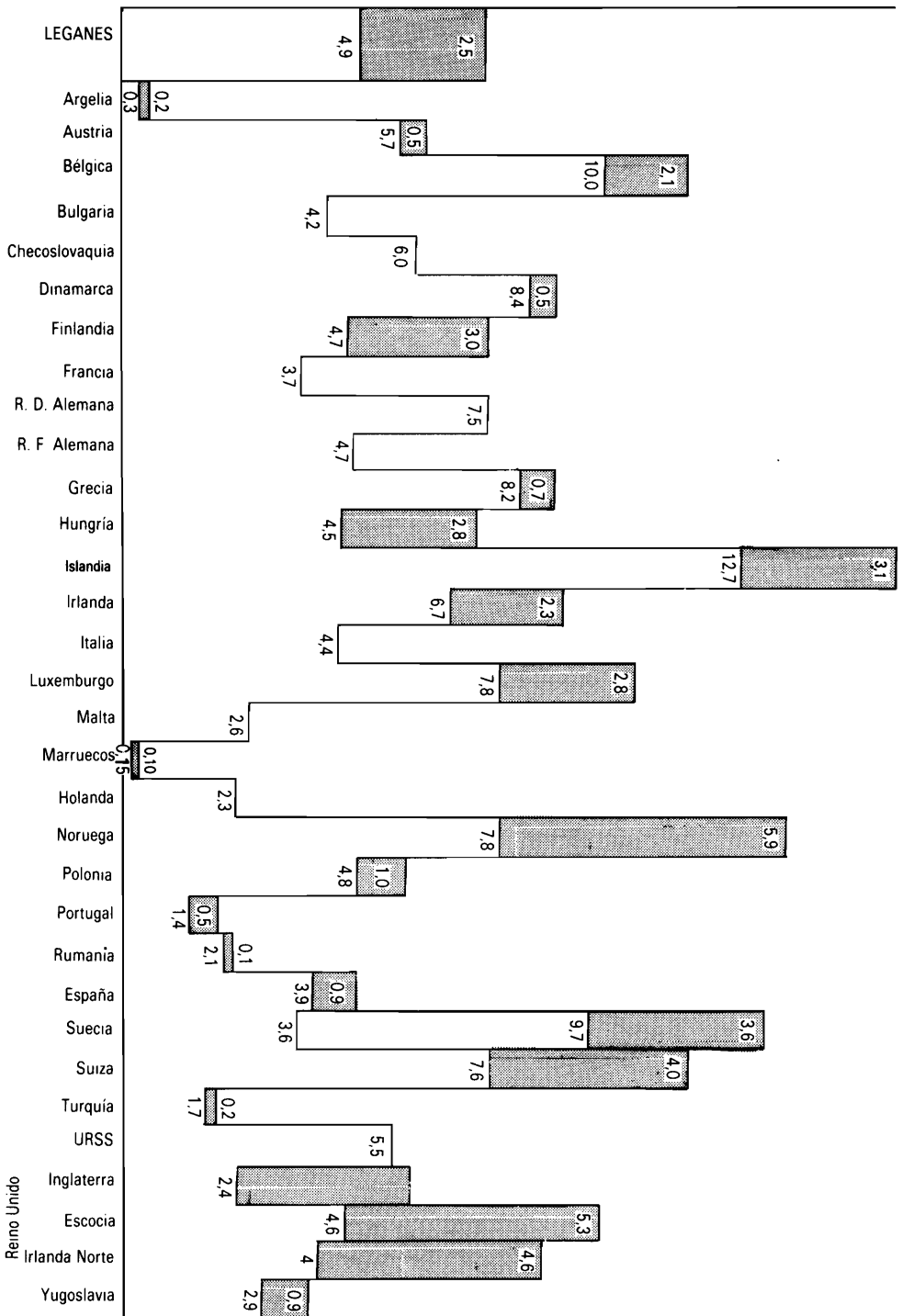


Figura 2



Personal y tasas por mil habitantes

	CSM		UHB		RP - RA		PR - CD		TOTAL
	Total	‰ (*)	Total	‰ (*)	Total	‰ (*)	Total	‰ (*)	‰ (*)
Psiquiatras cualificados	7	0,039	4	0,005	3	0,005	—	—	0,049
MIR	4	0,022	3	0,003	—	—	—	—	0,025
Psiquiatras + MIR	11	0,061	7	0,008	4	0,004	—	—	0,074
Psicólogos	6	0,033	—	—	—	—	2	0,004	0,037
Enfermeros cualificados	2	0,011	8	0,009	15	0,017	1	0,002	0,039
Auxiliar enfermería	—	—	23	0,027	43	0,051	3	0,006	0,084
Trabajador social	—	—	—	—	—	—	4	0,008	0,008
Terapeutas ocupacionales	—	—	—	—	2	0,002	6	0,012	0,014
Otro personal asist.	—	—	—	—	1	0,01	10	0,019	

(*) Las poblaciones de referencia para cada dispositivo son diferentes, según el ámbito territorial de cada una y las tasas se han calculado respecto a ellas.

CSM	177.873
UHB	844.691
RP-RA	844.691
PR-CD	529.250

Excepto en el caso del CSM, la población en riesgo es menor que la señalada por criterios de edad; pero en aras de la uniformidad, se han utilizado siempre datos de población total.

BIBLIOGRAFIA

- (1) "L'Information psychiatrique". *Avant-propos*, 64, 10, 1988, pág. 1.243.
- (2) DESVIAT, M. (1985): "De la asistencia médica a la salud pública". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 5, 15, págs. 427-438.
- (3) DESVIAT, M. (1988): "Los sistemas y modelos de atención a la salud". *Guía Sanitaria*, 78.
- (4) TALBOTT, J. A. (1979): "Care of the chronically mentally ill still a national disgrace". *American Journal of Psychiatry*, 136, 5, páginas 688-689.
- (5) PEPPER, B.; RYGLEWICZ, H. (1982): "The Young Adult Chronic Patient". *New Directions for Mental Health Services*, 14, New York.
- (6) REICH, R. (1973): "Care of the chronically mentally ill: a national disgrace". *American Journal of Psychiatry*, 130, págs. 911 y ss.
- (7) SEGAL, S. P. et al. (1980): "Neighbourhood types and community reaction to the mentally ill: a paradox of intensity". *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 4, págs. 345-359.
- (8) DESVIAT, M. (1987): "Desinstitucionalización: programas alternativos al hospital psiquiátrico". *Psiquiatría Pública*, 1, 2, pág. 58.
- (9) DESVIAT, M.; FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RENDUELES, G. (1986): *La nueva cronicidad*. En: *La cronicidad en psiquiatría*. Edita AEN.
- (10) DESVIAT, M.; FERNÁNDEZ LIRIA, A.; RODRÍGUEZ DORADO, L. (1987): "Los programas de salud mental en el área sanitaria: los servicios de salud mental de Leganés". *Psiquiatría Pública*, 1, 1, páginas 13-22.
- (11) DESVIAT, M. (1982): "Acción de salud mental en la comunidad". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 2, 5, págs. 56-64.
- (12) GOLDBERG, D. y HUXLEY, P. (1989): *Enfermedad mental en la comunidad*. Ediciones Nieva.
- (13) FERNÁNDEZ LIRIA, A. (1988): "La consideración del alojamiento en el proceso de articulación de unos servicios de salud mental comunitarios (Leganés)". *FEAFES*, septiembre, 1988.